Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale psychiatrycznym Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNY **SPRAWOZDANIE** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA W KLINICZNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

***** wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

…… czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

…….. pieczęć i podpis Pielęgniarki Oddziałowej

…….. pieczęć i podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-02-26 13:29

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-02-26 12:11